

**Orden Portátil para No Intentar Resucitación para Médicos de Alabama
No RCP / Permitir la muerte natural**

Nombre completo (LETRA DE MOLDE) y fecha de nacimiento del paciente/residente:

Instrucciones. Esta orden solamente es válida si se han contestado las secciones I, II, III O IV Y si un médico ha contestado la sección V.

Sección I. Consentimiento del paciente/residente.

Yo, el paciente/residente abajo firmante, ordeno que no se me apliquen medidas de resucitación en caso de un paro cardiopulmonar. He hablado con mi médico sobre esta decisión, y comprendo las consecuencias de esta decisión.

Firma del paciente/residente

Fecha

Sección II. Paciente/residente incompetente con instrucciones de no iniciar resucitación en su directiva adelantada.

El paciente/residente no es competente o ya no es capaz de comprender, valorar y dirigir su tratamiento médico, y no existen esperanzas de que recupere dichas capacidades. Una directiva adelantada para atención médica, debidamente firmada y con instrucciones de que no se brinde tratamiento para prolongar la vida, fue autorizada previamente por el paciente/residente y forma parte de su expediente médico.

Firma del representante del proveedor o la institución

Nombre en letra de molde

Fecha

Sección III. Consentimiento del representante para cuidados médicos o apoderado.

Yo, el abajo firmante, soy el representante para cuidados médicos o apoderado designado por el paciente/residente para tomar decisiones sobre la provisión, omisión o retiro de tratamientos para prolongar la vida del paciente/residente. Por este medio ordeno que no se le apliquen al paciente/residente medidas de resucitación en caso de un paro cardiopulmonar. Se ha incluido una copia del nombramiento como representante o apoderado (por ejemplo, testamento en vida, poder notarial, etc.) en el expediente médico del paciente/residente.

Firma del representante o apoderado

Nombre en letra de molde

Fecha

Sección IV. Consentimiento de sustituto.

Yo, el abajo firmante, soy el sustituto certificado para tomar decisiones, tras consultar con el médico responsable, respecto a la provisión, omisión o retiro de tratamientos para prolongar la vida del paciente/residente. Después de consultar al médico responsable, por este medio ordeno que no se le apliquen al paciente/residente medidas de resucitación en caso de un paro cardiopulmonar. Creo firmemente que esta decisión es la más aproximada a lo que el paciente/residente hubiera deseado. Tomo esta decisión de buena fe y sin considerar los beneficios o cargas financieras que puedan generarse para mí o para el proveedor de servicios médicos como resultado de esta decisión. Se ha incluido una copia de la certificación del sustituto para toma de decisiones médicas en el expediente médico del paciente/residente.

Firma del sustituto

Nombre en letra de molde

Fecha**Sección V. Autorización del médico.**

Con base en la información anterior, por este medio ordeno a todos y cada uno de los miembros del personal médico, de atención de emergencias y paramédico que no apliquen medidas de resucitación, tales como resucitación cardiopulmonar, compresiones de pecho, intubación endotraqueal y otras medidas avanzadas de manejo de las vías aéreas, ventilación artificial, medicamentos para resucitación cardíaca y desfibrilación cardíaca, en caso de un paro cardiopulmonar del paciente/residente.

Asimismo, ordeno la implementación de todos los cuidados razonables para brindar confort, como oxígeno, succión, control de hemorragias, administración de analgésicos por parte de personal autorizado, y otras terapias para brindar confort y aliviar el sufrimiento del paciente/residente; y para brindar apoyo al paciente, sus familiares y amigos y a las demás personas presentes.

Firma del médico

Nombre en letra de molde

Fecha